

Föräldrars upplevelser av mångbesök på barnakutmottagningen

FÖRFATTARE	Ronja Fjellner Viktoria Olender
PROGRAM/KURS	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar Examensarbete OM3500 VT 2014
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Stefan Nilsson
EXAMINATOR	Eva-Lena Bratt

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa



Sahlgrenska akademin



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRORD

Vi önskar tacka de föräldrar som delat med sig av sina upplevelser.

Vi önskar även tacka vår handledare Stefan Nilsson för all stöd och hjälp under arbetets gång.

Titel (svensk):	Föräldrars upplevelser av mångbesök på barnakutmottagningen
Titel (engelsk):	Frequent attenders at pediatric emergency departments - parental experiences
Arbetets art:	Examensarbete avancerad nivå
Program/kurs/kurskod/	Specialistsjuksköterskeprogrammet med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn och ungdomar OM3500
Kursbeteckning:	15 högskolepoäng
Arbetets omfattning:	37 sidor
Sidantal:	Ronja Fjellner och Viktoria Olender
Författare:	Stefan Nilsson
Handledare:	Eva-Lena Bratt
Examinator:	

SAMMANFATTNING

Introduktion: I sjukvården är mångbesökare ett begrepp som definieras som de personer som besöker en vårdinrättning fyra eller fler gånger under en 12 månaders period. Tidigare forskning om mångbesökare på barnakutmottagningar beskriver sökorsak och karakteristiska för dessa individer men saknar en kvalitativ inriktning som beskriver mångbesökarens upplevelser. Det finns ett behov av att föräldrar till barn som definieras som mångbesökare berättar om sina upplevelser av vården de erhållit på akutmottagningen för att vårdpersonal som möter denna grupp ska få ökad förståelse av deras behov och förväntningar.

Syfte: Syftet är att undersöka hur föräldrar till barn som är definierade som mångbesökare upplever vården på barnakutmottagningen.

Metod: Kvalitativ metod med semi-strukturerade intervjuer. En pilotstudie med fyra intervjuer genomfördes för att testa metoden. Urvalet bestod av föräldrar till barn som definieras som mångbesökare och som inte var kroniskt sjuka. Intervjuerna transkriberades och analyserades enligt kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats.

Resultat: Analysen resulterade i tre kategorier; *Vårdpersonalens bemötande*, *Osäker vård skapar oro* och *Förväntningar på vården*. I resultatet framkom att föräldrarna upplevde att vårdpersonalens bemötande varierade mellan olika besök. Föräldrarnas oro för barnet fanns både innan och under besöket och kunde förvärras av vårdpersonalens omhändertagande av barnet. Föräldrarna upplevde att deras förväntningar på vården inte alltid uppfylldes och önskade ett större stöd från vårdpersonalen på akutmottagningen.

Diskussion: Föräldrar till barn som definieras som mångbesökare har ett behov av att bli tagna på allvar och få hjälp med att lindra sin oro för sitt barn när de söker till barnakutmottagningen. Vårdpersonalens bemötande måste alltid vara professionellt så att föräldrarna inte utsätts för onödigt lidande. Tydlig information kring väntetider behövs för att minska föräldrars frustration.

Slutsats: Det är viktigt med ett bra bemötande oavsett sökorsak eller barnets antal besök på barnakutmottagningen. Specialistsjuksköterskan behöver ta föräldrars oro på allvar och försöka lindra deras lidande.

ABSTRACT

Introduction: Frequent attenders is a term used in health care services that define a person attending a health care setting more than four times during a 12 month period. Recently published research concerning frequent attenders in pediatric emergency departments describes their reasons for attending a health care service or characteristics of these individuals but lacks a qualitative approach exploring their experiences. There is a need of these experiences to be shared so that health care personnel caring for this group may gain a greater understanding of their needs and expectations.

Aim: The aim of this study is to describe how parents of children defined as frequent attenders experience the care received at a pediatric emergency department.

Method: Qualitative approach with semi-structured interviews. A pilot study of four interviews was conducted to test the method. Sampling consisted of parents of children defined as frequent attenders and that were not diagnosed with a chronic illness. The interviews were transcribed and analyzed according to qualitative content analysis.

Results: The analysis resulted in three main categories; *The treatment of health care personnel*, *Uncertain care causes anxiety* and *Expectations of care*. Parents experienced that the treatment of health care personnel varied between visits. The parents' anxiety of the child was present before and during the visit and could worsen by the health care personnel care for the child. The parents experienced that their expectation of care was not always met and they expressed a need of greater support from the health care personnel at the pediatric emergency department.

Discussion: The parents of the children defined as frequent attenders have a need to be taken more seriously and to receive help to ease their anxiety they have for their child when they visit the pediatric emergency department. The treatment from health care personnel always needs to be professional to prevent causing unnecessary suffering for the parents. Clear information regarding wait time is required to reduce parental frustration.

Conclusion: It's important not to let the cause of the visit or number of visits effect on how personnel treat families. The advanced nurse practitioner need to take parents' concerns into account and try to ease their suffering.

Keywords: Frequent attender, pediatric emergency department, emergency utilization, parental experiences

INNEHÅLL

	Sid
INTRODUKTION	1
INLEDNING	1
BAKGRUND	2
Mångbesökare	2
Specialistsjuksköterskans omvårdnadsansvar	3
Barnperspektiv och barnets perspektiv	3
Familjefokuserad omvårdnad	4
Lidande	5
<i>Sjukdomslidande</i>	5
<i>Livslidande</i>	5
<i>Vårdlidande</i>	5
TIDIGARE FORSKNING	7
Redovisning av litteratursökningen	7
Resultat av litteratursökningen	7
<i>Mångbesökares sökorsaker</i>	7
<i>Icke- akuta besök av mångbesökare på barnakutmottagningen</i>	8
<i>Interventioner</i>	8
Problemformulering	9
SYFTE	10
METOD	10
DESIGN	10
URVAL	10
DATAINSAMLING	11
DATAANALYS	12
PILOTSTUDIEN	13
Urval	13
Datainsamling	14
Dataanalys	14
Förförståelse	15
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	15
Risk- och nyttoanalys	16
RESULTAT	17
VÅRDPERSONALENS BEMÖTANDE	17
Det goda mötet	17
Barriärer i mötet	19
Orättvisa i mötet	21
OSÄKER VÅRD SKAPAR ORO	22
Känna oro för sitt barn	22

Ett otryggt omhändertagande	23
Att inte veta vilken hjälp som kommer att fås	23
FÖRVÄNTNINGAR PÅ VÅRDEN	23
Att förväntningar inte uppfylls vid handläggning och råd	24
Vänta länge utan att få förväntad hjälp	24
Önskan av stöd från vårdpersonalen	25
DISKUSSION	26
METODDISKUSSION	26
RESULTATDISKUSSION	28
Vårdpersonalens bemötande	28
Osäker vård skapar oro	31
Förväntningar på vården	31
SLUTSATS	33
Fördelning av arbetet	33
REFERENSER	34
BILAGOR	
1 Frågeformulär	
2 Forskningspersoninformation	
3 Intervjuguide	

INTRODUKTION

INLEDNING

Mångbesökare är ett begrepp inom sjukvården som nationellt och internationellt definieras som de personer som besöker en vårdinrättning fyra eller fler gånger under en 12 månaders period (Stockholms läns landsting, 2006; Locker, Baston, Mason & Nicholl, 2007). Den aktuella forskningen som tar upp ämnet barn som mångbesökare på akutmottagningar beskriver barnens karakteristika och sökorsaker (Gibson, Jelinek, Jiwa och Lynch, 2010; Markham & Graudins, 2013). Däremot finns det en kunskapslucka om hur vården *upplevs* av föräldrar till barn som besöker akutmottagningar fler än fyra gånger under 12 månader. Bland mångbesökarna finns både friska och kroniskt sjuka barn (Gibson et al., 2010).

Svårt kroniskt sjuka barn som mångbesökare, är en grupp som läggs in på vårdavdelning mer än hälften av gångerna (Gibson et al., 2010). Däremot beskrivs i flera studier hur vissa mångbesökare söker för icke-akuta orsaker, som med fördel hade kunnat tas om hand av en annan vårdinstans, alternativt tagits om hand i hemmet (Simon, Hirsh, Rogers, Massey och DeGuzman, 2007; Gibson et al., 2010).

En av författarna som jobbar på en barnakutmottagning har märkt att det är vanligt förekommande med barn som mångbesökare. Hon har upplevt att föräldrarna känt en frustration efter att ha besökt barnakutmottagningen åtskilliga gånger och där barnet inte har blivit bättre, eller inte fått den hjälp de anser att de behövt. Författarna tror att det finns ett behov att föräldrar till barn som definierats som mångbesökare berättar om sina upplevelser av vården de erhållit på akutmottagningen för att vårdpersonal som möter denna grupp ska få ökad förståelse av deras behov och förväntningar.

BAKGRUND

Mångbesökare

I litteraturen finns det olika definitioner av fenomenet mångbesökare (Zuckerman & Shen, 2004; Chan & Ovens, 2002; Markham & Graudins, 2013). Mångbesökare definieras enbart kvantitativt med antal besök och tar inte hänsyn till antal diagnoser och sjukdomar eller hur många vårdinstanser som behandlar patienten samtidigt (SLL, 2006). Locker et al. (2007) har framställt en definition av mångbesökare som denna studie valt att förhålla sig till. De har identifierat att det finns en grupp som återkommer upprepade gånger till akutmottagningen och att deras mönster är annorlunda jämfört med andra patienter på en akutmottagning. De vill definiera mångbesökare som en patient som gör fler än fyra besök under 12 månader. En fokusrapport kring mångbesökare som syftar till att lyfta fram och belysa förbättringsområden, har valt att definiera mångbesökare på samma sätt (SLL, 2006). I denna rapport räknas barnet som mångbesökare men föräldrarna har tolkat att barnet har ett behov av sjukvård.

Mångbesökare på akutmottagningar är en grupp patienter som far illa i vårdssystemet samtidigt som de sett ur ett samhällsperspektiv är kostnadsdrivande för att flera resurser används samtidigt. Både den enskilde och vård- och omsorgssystemet har mycket att vinna på ett förbättrat omhändertagande och bättre rutiner. Det har fokuserats mer på äldre mångbesökares behov och gjorts studier kring dessa men det finns få studier som beskriver barn som mångbesökare (SLL, 2006).

I en studie gjord på barnakutmottagningar i Australien fann Markham och Graudins (2013) att mångbesökare och övriga barn skiljde sig åt på flera punkter. Sökmönstret skiljde sig från övriga barn på det sättet att mångbesökare i större utsträckning sökte för komplexa medicinska problem än skador och trauma. Mångbesökare hade längre handläggningstid på akutmottagningen än övriga barn och större sannolikhet att bli inlagda på vårdavdelning. Barn som mångbesökare är en känslig grupp som har komplexa och multidisciplinära vårdbehov. Enligt Markham et al. (2013) är det viktigt

med ett holistiskt synsätt kring mångbesökarens behov för att kunna förstå anledningen till deras höga besöksfrekvens.

Specialistsjuksköterskans omvårdnadsansvar

Omvårdnad är sjuksköterskans huvudområde och den ska bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet. Sjuksköterskan ska ha ett etiskt och humanistiskt förhållningssätt och har skyldighet att känna till och följa gällande lagar och riktlinjer.

Specialistsjuksköterskan inom barn och ungdom har fördjupade kunskaper om deras hälso- och sjukvård. Hon/han utför dels den legitimerade sjuksköterskans arbete men följer även konventionen om barnets rättigheter (Svensk sjuksköterskeförening, 2008) och Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård (NOBAB, 2003). Barnkonventionen säger att alla barn har samma rättigheter och lika värde, inget barn får diskrimineras. Barnets bästa ska komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn (Regeringskansliet, 2006).

Specialistsjuksköterskan har specialkompetens vad gäller omvårdnad vid barns sjukdom och ohälsa, barns utveckling och behov nära (NOBAB, 2003). Hon/han ser till att beslut tas utifrån barnets bästa, undersökningar och behandlingar anpassas efter barnets ålder och mognad och strävar mot att skapa en förtroendefull relation till barnet.

Specialistsjuksköterskan verkar för främjande av hälsa och förebyggande av ohälsa. Barn på sjukhus har rätt till att ha sina föräldrar fysiskt nära (NOBAB, 2003) och det är specialistsjuksköterskan som tillsammans med övrig vårdpersonal verkar för att vårdmiljön är barnanpassad och att närstående bereds plats i barnets närhet (SSF, 2008).

Barnperspektiv och barnets perspektiv

Barnperspektiv och barnets perspektiv är två skilda saker men båda är en förutsättning för att kunna ge barncentrerad vård. I en studie av Söderbäck et al. (2011) sammanställs forskning inom respektive område för att ge en bredare bild av begreppen. Ett barnperspektiv kan beskrivas som vuxnas perspektiv på barnets tillstånd, barnets erfarenheter och uppfattningar och handlingar med barnets bästa i åtanke utan att inkludera barnet. Vårdpersonal har ett barnperspektiv när de försöker förstå barnets

situation och vilka faktorer som kan påverka att barnet reagerar som de gör i en sjukhusmiljö genom att se till barnets kunskap, barnets hälsotillstånd och vilka ärvda egenskaper barnet har. Specialistsjuksköterskan får inte glömma familjen och sjukhusmiljöns betydelse (Söderbäck et al., 2011).

Barnets perspektiv är barnets egna perspektiv baserat på vad hon/han tycker är viktigt. Det kan vara riskabelt som vårdpersonal att lämna allt ansvar till föräldrarna att bestämma vad som är barnets bästa eftersom föräldrars syn på vad som är barnets bästa kan skilja sig från vad som verkligen är det. Vårdpersonal har ett ansvar att se till att barnets rättigheter blir tillgodosedda och att de blir uppmuntrade till och ges möjlighet att göra sin röst hörd i frågor som rör deras vård (Söderbäck et al., 2011).

Familjefokuserad omvårdnad

Familjefokuserad omvårdnad inriktar sig på familjens betydelse för patientens upplevelse av sjukdom och ohälsa. Idén grundar sig på att sjukdom och ohälsa inte bara påverkar patienten själv, utan hela familjen. I familjefokuserad omvårdnad ses patienten och dennes familj som en enhet, därför inkluderas både den sjuke och familjemedlemmarna i vården (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012). Inom barnsjukvård kan inte familjen uteslutas, familjen har stor betydelse för barnet, inte minst när barnet är sjukt och vårdas på sjukhus. Familjen bör involveras i vården kring barnet eftersom familjemedlemmarna är viktiga för barnets välbefinnande (Wise, 1994).

En familj behöver inte enbart bestå av barnets föräldrar och syskon utan kan inkludera utvidgade familjen såsom mor- och farföräldrar, styvföräldrar/styvsyskon eller en nära vän eller granne. En familj definieras som personer som har känslomässiga band sinsemellan, det behöver alltså inte vara blodsband eller lag för att räknas som familj (Benzein et al 2012). Familjecentrerad vård är en gren inom familjefokuserad omvårdnad och i familjecentrerad barnsjukvård arbetar sjuksköterskor tillsammans med föräldrar där föräldrarna sköter om sitt barn och specialistsjuksköterskan agerar som en konsult. Inom barnsjukvård anses familjecentrerad vård vara det bästa sättet att ge vård

av god kvalitet till barnen (Söderbäck, Coyne & Harder, 2011).

Lidande

I vården kan föräldrar till barn som är mångbesökare uppleva olika former av lidande. Upplevelser av lidande kan uppkomma när barnet drabbas av allvarlig sjukdom, en förlust av kontroll eller känsla av hopplöshet (Arman, 2012). Lidande kan upplevas både kroppsligt, känslomässigt eller andligt/existentiellt och är en subjektiv upplevelse med ångest, smärta eller oro. Sjukdomslidande, livslidande och vårdlidande är olika former av lidande som kan stötas på i vården (Arman, 2012). Dessa tre hör ihop och går ofta in i varandra (Eriksson, 1994).

Sjukdomslidande

Sjukdomslidande är lidande som upplevs i relation till sjukdom och behandling (Eriksson, 1994). Sjukdomen kan rent kroppsligt medföra smärta som i sin tur orsakar lidande hos individen. Sjukdomslidande kan även uppkomma vid upplevelser av förnedring, skam och/eller skuld. Föräldrar till mångbesökare kan få en känsla av skuld och skam över att ha orsakat barnets sjukdom och lidande och över att inte kunna ge barnet god vård (Eriksson, 1994).

Livslidande

Sjukdom och ohälsa påverkar barnet och föräldrarnas hela livssituation. Livslidande kan upplevas som ett hot mot hela ens existens och svårigheter i att delta i tidigare självklara sociala sammanhang. Invanda mönster och självklarheter står plötsligt på spel. Livslidande är ett lidande som hör till allt vad som innebär att leva (Eriksson, 1994).

Vårdlidande

Lidande är naturligt och ofrånkomligt i en människas liv men ett vårdlidande är alltid ett ont och meningslöst lidande (Arman, 2012). Vårdlidande är det lidande som upplevs i relation till själva vårdsituationen (Eriksson, 1994). Ett vårdlidande kan uppstå när patienten upplever sig ytligt och opersonligt bemött av vårdpersonalen, att behov och

förväntningar på vårdandet inte uppfylls eller att patientens lidande inte tas på allvar (Arman, 2012).

Arman och Rehnsfeldt (2006) beskriver att patienten kan bli lidande då hon/han nekas åtgärder, får utstå långa väntetider, inte får tid för behandling eller då det blir något slarv med vården. Patienten är sårbar och i en beroendeställning (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Patienten kan ha sådan tilltro till vårdpersonalens kunskaper att hon/han inte vågar lyfta fram sina egna behov eller vara av en annan åsikt (Kasén, Nordman, Lindholm & Eriksson, 2008). Att ge upp sitt bestämmande och ansvar kan leda till en känsla av förlust av kontroll som i sin tur kan leda till ökat lidande (Eriksson, 1994).

Det finns en risk att vårdpersonalen har fördomar om varför föräldrar till barn som är mångbesökare uppsöker vård. Enligt Kasén et al. (2008) framhåller vårdpersonal att patientens diagnos och det faktum att hon/han redan vårdats på enheten kan påverka deras attityd gentemot patienten. Som "varför blir inte patienten bättre då hon/han fått så mycket vård?". Det gör att patienten som redan har en ohälsa, får dubbelt lidande när även vårdpersonalen skuldbelägger dem (Kasén et al., 2008). Vid ett högt inflöde av patienter till barnakutmottagningen har vårdpersonalen mindre tid att skapa en relation till patienten (Arman & Rehnsfeldt, 2006). Patienter som inte får någon relation till sin vårdare upplever besvikelse, förlorad tillit och otrygghet. Patientens lidande kan speglas i vårdarens lidande vilket kan medföra en känsla av sårbarhet hos vårdaren. På så vis kan det bli så att vårdaren väljer att distansera sig från patienten. Detta är egentligen det motsatta från vad vårdande innebär i kliniken (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

Ett lidande kan även uppstå när vårdpersonal bedömer patientens behov utan att patienten blir tillfrågad eller få bestämma själv (Kasén et al., 2008). Patienter kan känna att de behandlas som en "kropp" och inte som en person (Arman & Rehnsfeldt, 2006).

TIDIGARE FORSKNING

Redovisning av litteratursökningen

För att skapa en överblick av tillgänglig information om området barn som mångbesökare genomfördes en litteratursökning från januari till maj, 2014, i databaserna Cinahl, PubMed och Scopus. Sökorden som användes var: *frequent attender, frequent presenter, frequent user, frequent flyers, emergency department, emergency service, hospital utilization, parent och experience*.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle vara peer reviewed, skrivna på engelska eller ett nordiskt språk och publicerade inom de senaste 10 åren. Åldern på barnen skulle vara mellan 0-18 år. Efter att ha läst titel och abstrakt valdes artiklar ut som svarade mot problemområdet och lästes i sin helhet. Inga studier som tar upp föräldrars upplevelser av vårdbesöken på barnakutmottagningar hittades, däremot hittades studier som kartlägger mångbesökarens besöksorsaker samt interventioner för hur det går att minska mångbesökarens felanvändning av barnakutmottagningen. Dessa studier redovisas nedan. Sökningen utökades till manuell sökning för att finna flera artiklar, en genomgång av referenslistor gav ytterligare artiklar.

Resultat av litteratursökningen

Mångbesökarens söksaker

I en studie av Gibson et al. (2010) var mångbesökarna på en barnakutmottagning i Australien övervägande pojkar, neonatala barn och barn i åldern 0-4 år med respiratoriska eller infektiösa sjukdomar. Markham & Graudin (2013) beskriver samma söksaker, men det fanns en skillnad gällande könet, där var det istället flickorna som var i majoritet. Gibson et al. (2010) beskriver vidare hur mångbesökare utgjorde 1,8 % av alla besök på akutmottagningen under ett år och anlände ofta med ambulans. Markham & Graudin (2013) hade en motsvarande siffra på 1,7 %, men de definierade mångbesökare med fler än 8 besök under en 12 månaders period.

Gibson et al. (2010) fann att barn med färre än fyra besök under en 12 månaders period och barn som besökte akuten 5-9 gånger inte skiljde sig åt medan de barn som besökte fler än 10 gånger under en tolv månaders period hade mer akuta och större andel respiratoriska åkommor och de blev inlagda oftare. De barn som besökte akuten fler än 20 gånger per år hade svåra kroniska sjukdomar som cerebral pares, epilepsi och cystisk fibros. För dessa barn finns inte alternativa vårdgivare för akutsjukvård.

Kroniskt sjuka barn anlände fyra gånger så ofta som icke-mångbesökarna, bedömdes med högre prioritering och lades in hälften av gångerna de kom till akutmottagningen. Mångbesökare kom många gånger utan att ha sökt vårdcentralen först. Det var nästan dubbelt så vanligt hos mångbesökare än hos icke-mångbesökare att besöksorsaken antingen var respiratorisk (astma och övre luftvägsinfektion) eller infektioner såsom gastroenterit eller parasiter. Hos mångbesökare utgjorde respiratoriska orsaker eller infektioner hälften av besöken (Gibson et al., 2010).

Icke-akuta besök av mångbesökare på barnakutmottagningen

Simon et al. (2007) påvisade att mångbesökare stod för 7,2 gånger så många besök som övriga barn på barnakutmottagningar under en tvåårsperiod. En disproportion kvarstod även efter att de kroniskt sjuka barnen exkluderats. Hos barn utan kronisk sjukdom såg de ett proportionellt samband mellan minskat behov av akutmottagningens service vid ökad besöksfrekvens, 77 % av barnen behövde akutsjukvård vid första besöket jämfört med 54 % vid det sjunde besöket (Simon et al., 2007).

Interventioner

Studier har försökt att undersöka hur felanvändningen av barnakutmottagningar skulle kunna minskas av föräldrar till barn som är mångbesökare (Kroner, Hoffmann & Brousseau, 2010; Sutton, Stanley, Babi & Philips, 2007). Sutton et al. (2007) undersökte om en akutmottagningsbaserad rådgivning och koordineringsprogram kunde förhindra akutbesök eller accelerera akutmottagningsvård för barn med komplexa vårdbehov som besöker akutmottagningar ofta. De såg inte att akutbesöken eller inläggningarna minskade med en akutmottagningsbaserad rådgivning och

koordineringsprogram. Det var samma väntetid från triagering till inläggning eller hemgång som innan införandet av interventionen men råden som sjuksköterskorna gav föräldrarna ansågs hjälpsamma och tycktes enligt föräldrarna minska anledningar till ett akutmottagningsbesök. Det gav en bättre kvalitet på vården (Sutton et al., 2007).

Kroner et al. (2010) kunde fastställa att en mätning av akutmottagningsanvändning var effektivt för att skilja barn som var mångbesökare på grund av ett större vårdbehov från de som var mångbesökare på grund av att tillgången till primärvården var svår. Kroner et al. (2010) menar att dessa två grupper behöver olika typer av interventioner för att adressera mångbesöksproblematiken. Barn mellan 0 till 2 år och barn med komplexa vårdbehov har fler besök på akutmottagningen men de använder inte akutmottagningen mer än vad de använder andra vårdinstanser. Detta tyder på att det är mer troligt att de har andra vårdinstanser de kan vända sig till och att användningen av akutmottagningen står i relation till deras ökade behov eller att tröskeln för en akutbedömning är lägre för dessa barn. Det är viktigt att skilja på barn som mångbesökare som kommer till följd av dålig tillgång till primärvård från de barn som söker på grund av ett ökat behov (Kroner et al, 2010).

Problemformulering

Det finns begränsat med forskning om upplevelser av akutbesöket hos föräldrar till barn som definieras som mångbesökare. De flesta studier har en kvantitativ design som kartlägger vilka mångbesökarna är, varför föräldrar söker till akutmottagningen med sina barn och interventioner för att minska felanvändningen av barnakutmottagningar. Ett bättre första omhändertagande kräver mer än vetskapen om vilka som söker och varför, föräldrars tankar och känslor kan ge en djupare och mer nyanserad bild av besöket. Vårdpersonalen kan därefter förhålla sig till det som föräldrarna berättar.

När föräldrar kommer med sina barn upprepade gånger till akutmottagningen är det inte ovanligt att ett lidande kan uppkomma beroende på allvaret i situationen och bemötandet/omhändertagandet av vårdpersonalen. Specialistsjuksköterskan har en viktig roll i bemötandet av dessa föräldrar. I och med detta så finns det ett behov av

forskning av föräldrars upplevelser av akutbesöken för att optimera omhändertagandet redan vid första besöket.

SYFTE

Syftet är att undersöka hur föräldrar till barn som är definierade som mångbesökare upplever vården på barnakutmottagningen.

METOD

DESIGN

I denna studie kommer en kvalitativ design användas för att besvara studiens syfte att fånga föräldrarna till mångbesökarens upplevelser av akutbesöket. En kvalitativ design passar forskare som är intresserade av att beskriva och förstå en upplevelse av ett fenomen. Vid kvalitativ design använder forskaren sig själv som instrument som kan fånga människors erfarenheter (Polit & Beck, 2008).

URVAL

I kvalitativ forskning ska deltagarna ha erfarenhet av fenomenet som forskaren vill beskriva och de är således inte slumpmässigt utvalda (Polit & Beck, 2008). Forskare måste ställa sig frågan om vilka personer som skulle kunna ge rik information kring det område de vill undersöka mer utförligt. Hur många deltagare en kvalitativ studie ska innefatta är svårt att bestämma i förväg då datainsamling ska ske tills det råder en datamättnad, det vill säga tills det inte kommer fram någon ny information från deltagarna om fenomenet. Antalet deltagare beror också på vilken insamlingsmetod forskaren använder sig av och hur rika beskrivningar deltagarna ger (Polit & Beck, 2008).

Rekrytering av deltagare sker på barnakutmottagningen och personalen på akuten ombeds att dela ut frågeformulär **(bilaga 1)** till alla besökare vid inskrivningsdisken under 2 dygn. I frågeformuläret **rekryteras** barn som uppfyller kraven för mångbesökare och föräldern till de barn som uppfyller kraven. De tillfrågas om deltagande i intervjustudie i ett senare skede och lämnar demografisk data såsom barnets ålder, antal syskon, föräldrarnas ålder och yrke. Genom att de skriver upp sitt namn, adress och telefonnummer kontaktas de i efterhand och bestämmer tid för en intervju. Barn med kroniska sjukdomar exkluderas.

Barnen/föräldrarna ska kunna prata ett nordiskt språk eller engelska. Deltagarna som intervjuas ska vara beslutsfattare över akutbesöket, den person som tog beslutet **att söka vård på barnakutmottagningen**. Inklusionskriterier är att barnen ska vara mellan 0-12 år därför att föräldrar till tonåringar kan ha en underordnad roll till varför tonåringar söker. Författarna har valt att anse föräldrar som beslutsfattare för besöket för barn mellan 0-12 år som kommer till barnakuten. Det är 12 års ålder som är den avgörande vändpunkten för när tänkandet mer och mer tar formen av ett fritt reflekterande och övergår från barndomens konkreta tänkande till ett mer logiskt och abstrakt tänkande. Detta är slutstadiet i utvecklingen av intellektets struktur och ungdomen träder in i vuxenvärldens känslomässiga och intellektuella liv (Piaget, 2008).

DATAINSAMLING

I denna studie tänker författarna genomföra intervjuer med öppna frågor som formuleras i en intervjuguide. Intervjuerna utförs **utav** en av författarna **för att undvika att informanten hamnar i ett underläge (Trost, 2010)**. Semi-strukturerade intervjuer används för att forskarna **ska säkra att** specifika ämnen tas upp i deras intervjuer när de inte kan förutse vad svaren på frågorna blir. En intervjuguide sammanställs i förväg **(bilaga 3)** med en lista på ämnen och frågor som berör varje deltagare och forskarens uppgift blir att uppmuntra deltagarna till att tala fritt och berätta med sina egna ord för att få så detaljrik information som möjligt (Polit & Beck, 2008). Frågan författarna har

tänkt inleda med är *Berätta för mig hur du upplevt ditt barns besök på barnakutmottagningen*. Intervjuerna beräknas ta ca 30-60 min och ljudinspelas.

Finns inte existerande data tillgänglig måste forskaren själv samla in ny data (Polit & Beck, 2008). Om forskare vill ta reda på hur människor tänker, känner eller tror är det bästa sättet att fråga dem om det. Intervjuer lämpar sig när forskare vill ha beskrivningar för att förstå ett fenomen (Polit & Beck, 2008).

DATAANALYS

I studien analyseras datamaterialet genom en kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats eftersom denna analysmetod passar bra för innehåll av berättande data som intervjuer och ger en så rak beskrivning av en händelse eller fenomen som möjligt (Polit & Beck, 2008). Stegen inom kvalitativ innehållsanalys följs genom att använda metodartikeln av Graneheim och Lundman (2004). De menar att i manifest innehållsanalys är abstraktionsnivån och tolkningen inte lika djup som i den latenta ansatsen men att en text alltid tolkas även om den kan vara mer eller mindre djup.

Den inspelade intervjun transkriberas först till berättande text och hela intervjun räknas som den enhet som ska analyseras. Intervjun läses igenom flera gånger för att få en helhetsbild. Meningsbärande enheter som är de ord, meningar eller uttryck som svarar mot syftet att beskriva föräldrarnas upplevelser tas ut ur texten. För att korta ner de meningsbärande enheterna och bevara kärnan av innehållet kondenseras enheterna till mindre enheter. De kondenserade meningsenheterna abstraheras i sin tur för att skapa koder som sätter en etikett på vad de meningsbärande enheterna handlar om. Koderna jämförs med varandra och sätts samman för att skapa kategorier som svarar på frågan "vad?". Inget innehåll ska exkluderas för att de inte hamnar i en lämplig kategori och samtidigt ska samma innehåll inte kunna passa i flera kategorier. Om det finns ett överordnat förhållande mellan kategorierna lämpar det sig att skapa underkategorier. I den manifesta ansatsen är kategorier det slutgiltiga steget i innehållsanalysen (Graneheim & Lundman, 2004).

PILOTSTUDIEN

För att testa metoden genomfördes en pilotstudie med syfte att undersöka hur föräldrar till barn som är definierade som mångbesökare upplever vården på barnakutmottagningen.

Urval

Rekrytering av deltagare genomfördes 11-12 mars 2014 på barnakutmottagningen vid ett barnsjukhus i Södra Sverige. Ett brev från institutionen med information angående examensarbete på avancerad nivå och forskningspersonsinformation delgavs vårdenhetschef på aktuell barnakutmottagning. Ett muntligt godkännande inhämtas innan rekryteringen påbörjades. Med hjälp av ett frågeformulär **(bilaga 1)** som bestod av pilotstudiens syfte och frågor om demografiska upplysningar skrev föräldrar upp sitt namn och telefonnummer om de kunde tänka sig att bli kontaktade i efterhand för en intervju. Frågeformulär delades i huvudsak ut av författarna men även vårdpersonalen vid inskrivningsdisken ombads att dela ut till alla besökare under kvällstid.

Inklusionskriterier var att barnen skulle uppfylla kraven för mångbesökare och vara mellan 0-12 år. Föräldrarna skulle kunna tala ett nordiskt språk eller engelska. Barn med kroniska sjukdomar exkluderades. **60 frågeformulär delades ut, där 10 barn uppfyllde kriterier för mångbesökare. 8 föräldrar tackade ja till deltagande men av dessa exkluderades två då barnen hade kroniska sjukdomar. Av de sex återstående gjordes ett urval på de fyra första deltagarna.** Dessa deltagare kontaktades via telefon några dagar senare och blev återigen tillfrågade om de kunde tänka sig att ställa upp på en intervju.

Forskningspersoninformation **(bilaga 2)** skickades med post innan intervjun och deltagarna bestämde själva tid och plats för intervjun. Skriftligt samtycke inhämtades vid mötet.

Tabell 1. Uppgifter om informanterna

Deltagare	Ålder på barnet	Antal syskon	Utbildning/Yrke
Kvinna 32 år	17 månader	3	Webbguide
Kvinna 30 år	5 år	2	Stödpedagog inom socialpsykiatri
Kvinna 29 år	2 år	2	Mammaledig
Kvinna 21 år	2 år	0	Studerande inom vård och omsorg

Datainsamling

Datainsamlingen genomfördes med semistrukturerade intervjuer och varade mellan 20-25 minuter. Tre intervjuer genomfördes i deltagarnas hem, en intervju genomfördes på en skola. Författarna utförde två intervjuer vardera. Inledningsfrågan formulerades till att motsvara syftet och svaren utifrån denna styrde resten av intervjun. Följdfrågor som kunde uppmuntra en beskrivning av föräldrarnas upplevelser ställdes (bilaga 3). Samtliga intervjuer spelades in på mobiltelefoner.

Dataanalys

En kvalitativ innehållsanalys med manifest ansats användes för att analysera datamaterialet. Intervjuerna lyssnades igenom direkt efter intervjun och transkriberades ordagrant till text i nära anslutning till intervjutillfället av intervjuaren. Alla intervjuer lästes igenom flera gånger för att skapa en helhetsbild. Meningsbärande enheter lyftes ur texten, kondenserades och kodades enskilt för att upprätthålla trovärdighet och kodningen jämfördes sedan med varandra. Koder med liknande innehåll sattes samman och bildade underkategorier och kategorier.

Tabell 2. Exempel på analysmetod

Meningsenhet	Kondenserad Meningsenhet	Kod	Underkategori	Kategori
Man känner sig nästan bortglömd. Det är ingen som kommer och frågar ”hur går det?”	Känner sig nästan bortglömd för att ingen frågar hur det går	Att känna sig bortglömd	Barriärer i mötet	Vårdpersonalens bemötande

Förförståelse

Förförståelse är den kunskap och erfarenhet en forskare redan har inom det område som ska undersökas (Polit & Beck, 2008). Författarna har båda erfarenheter inom barnsjukvård. En utav författarna arbetar på en barnakutmottagning och har träffat på barn som kommit till akuten upprepade gånger på kort tid. Analysen av resultatet får inte påverkas av personliga erfarenheter (Polit & Beck, 2008).

FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

Vid all empirisk forskning behöver noggranna etiska överväganden genomföras för att försäkra sig om att deltagarnas rättigheter under forskningen bevaras (Polit & Beck, 2008). Forskare har skyldighet att undvika, förebygga och minimera skada i studier med människor. Deltagarna i studien får ej utsättas för fysisk, psykisk, social eller ekonomisk fara eller obehag. Sjuksköterskor som genomför kvalitativa studier har en skyldighet att försäkra sig om att den terapeutiska nödvändigheten inom omvårdnad går före att inhämta kunskap om det uppstår en konflikt (Polit & Beck, 2008).

Det finns en lag (SFS 2003:460) som säger att all forskning som avser människor skall etikprövas. Inför den storskaliga studien lämnas en ansökningsblankett in till etikprövningsnämnden och ett godkännande inhämtas innan studien kan påbörjas. Etikprövning krävs inte för sådant arbete som utförs inom ramen för högskoleutbildning på grund- eller på avancerad nivå. Pilotstudien ingår i ett examensarbete och behöver därför inte etikprövas eller ges tillstånd av etikprövningsnämnd.

Människor har rätt att göra informerade och frivilliga val när det gäller medverkan i studier (Polit & Beck, 2008). En skriftlig Forskningspersonsinformation (FPI) delades ut till deltagarna i pilotstudien (bilaga 2). I FPI beskrevs varför studien skulle genomföras, deltagarens rätt att avbryta sitt deltagande när som helst, vilka skyldigheter forskare som utförde studien hade och eventuella risker och nytta med att delta i studien. Muntlig information gavs via telefon och vid intervjun. Informerat samtycke hämtades muntligt och skriftligt av alla deltagare. Deltagare i studier ska känna sig säkra med att alla uppgifter hanteras konfidentiellt (Polit & Beck, 2008). För att upprätthålla konfidentialitet förvarades personuppgifter på ett sätt så att obehöriga inte kunde ta del av dem och vid publicering ska inte enskilda deltagare kännas igen. Efter att studien är avslutad och publicerad förstörs allt inspelat material.

Risk- och nyttoanalys

En risk- och nyttoanalys är till för att bestämma om nyttan att medverka i studien är större än riskerna (Polit & Beck, 2008). Minimal risk är definierat som en risk som inte förväntas vara större än de risker som människor möter i dagligt liv (Polit & Beck, 2008). En möjlig risk med att delta var att samtalet skulle komma in på områden som upplevdes känsliga eller att deltagarna kände att de lämnat ut för mycket av sig själva. Deltagaren informerades om att själva välja vad och hur mycket han/hon ville ta upp och prata om under intervjun.

Fördelen med att delta var att deltagarna fick chans att prata om problemet eller situationen med en objektiv person. Detta kan leda till ökad kunskap om dem själva och en ökad självreflektion. En annan fördel med att delta i studien kan vara att deltagarna känner en tillfredsställelse i att deras upplevelser/berättelse kan förbättra situationen för de som befinner sig i en liknande situation. Studien kan bidra till att uppmärksamma behov och förväntningar hos mångbesökare som leder till att det akuta omhändertaget blir bättre.

RESULTAT

Dataanalysen från pilotstudien resulterade i tre kategorier och nio underkategorier.

Kategorierna blev; *Vårdpersonalens bemötande*, *Osäker vård skapar oro* och *Förväntningar på vården*.

Tabell 3. Underkategorier och huvudkategorier

UNDERKATEGORI	KATEGORI
Det goda mötet Barriärer i mötet Orättvisa i mötet	Vårdpersonalens bemötande
Känna oro för sitt barn Ett otryggt omhändertagande Att inte veta vilken hjälp som kommer att fås	Osäker vård skapar oro
Att förväntningar inte uppfylls vid handläggning och råd Vänta länge utan att få förväntad hjälp Önskan av stöd från vårdpersonalen	Förväntningar på vården

VÅRDPERSONALENS BEMÖTANDE

I mötet med vårdpersonalen på barnakutmottagningen var vårdpersonalens bemötande en stor del av hur föräldrarna upplevde vården. Föräldrarna i pilotstudien upplevde dålig kontinuitet i bemötandet, ibland var det bra möten och ibland dåliga. Föräldrarna beskrev allt från att vara i trygga händer till att inte bli tagna på allvar och känna sig orättvist bemötta i mötet. Den här kategorin abstraherades ur tre underkategorier; *det goda mötet*, *barriärer i mötet* och *orättvisa i mötet*.

Det goda mötet

Föräldrarna upplevde att barnkompetensen på akutmottagningen var bättre än på vårdcentralerna. Behandlingen var bra och det kändes skönt att personalen tog barnets tecken på sjukdom på allvar. En förälder berättade hur hon aldrig behövt åka fram och tillbaka till akutmottagningen eftersom personalen kontrollerade att allt var bra med

barnet innan de åkte hem. Vårdpersonalen var noggrann när de tog kontroller på barnet och föräldrarna var nöjda med omhändertagandet när barnets tillstånd var akut.

"[...] Så det här riktigt skarpa läget, där fanns det ingenting att klaga på, vi var så supernöjda med allt."

Det beskrevs en snabbare handläggningstid när barnet kom med ambulans och vid andra akuta tillstånd då föräldrarna sökte själva.

"[...] en gång så åkte vi in med ambulans... å då klart kom de direkt... men är han lite täppt i luftrören... då brukar man få vänta jättemycket."

Barnet fick träffa läkare snabbare när barnet var akut sjukt. Vid vissa tillfällen upplevdes väntetiden vara kort och personalen tog emot familjen snabbt, även besöket gick smidigt och fort. Förvåning beskrevs över hur kort väntetiden blev med remiss jämfört med när föräldern sökte utan. Föräldrar upplevde att de fick ett bra bemötande och var tacksamma för det. De upplevde att vårdpersonalen uppmärksammade barnen, frågade om de behövde någonting och då kände de sig sedda.

"[...]å det kändes som att hon ser oss, å vi är inte bara en i mängden, utan hon ser att vi har två stycken barn som verkligen inte mår bra, å kommer å kollar upp gång på gång, å kommer med den här stickan på fingret, för å kolla på båda barnen å hon kommer med tips å trix å hon kollar till flera gånger om å man kände det liksom att vi är sedda trots att vi inte är inskrivna. Så det gav väldigt trygghet att veta det."

Föräldrar upplevde att barnet fick ett bra bemötande när han/hon blev undersökt. Det upplevdes att personalen var pedagogiska och gav ett bra omhändertagande när de skulle ta stick i fingret eftersom barnen var lugna under proceduren. Föräldrar upplevde att de fick information kring proceduren med barnet, vårdpersonalen berättade vad de skulle göra och på vilket sätt föräldern skulle hjälpa till. Det var betydelsefullt att veta vad som skulle hända under besöket eftersom barnets förälder hade sökt för samma

symtom åtskilliga gånger. Vårdpersonalen upplevdes göra allt för att barnet skulle känna sig tryggt och lugna föräldrarna. De upplevdes trevliga trots att akutbesöket kunde ha förhindrats och tog upp deras tid.

"[...] för när min son bröt armen, så var jag ju där för att de skulle gipsa, han förstörde det hur många gånger som helst, men ändå så var de jätte sådär... "a men det gör ingenting", så de var inte irriterade, att man tog deras tid."

Att få information av läkaren kring barnets tillstånd och vad som skulle ske upplevdes lugnande av föräldrarna. En förälder var tacksam när sjuksköterskorna gav egenvårdsråd direkt vid ankomst till akutmottagningen.

Barriärer i mötet

Föräldrar upplevde vid flera besök att de inte blev tagna på allvar, de berättade varför de sökte men kände som att ingen lyssnade.

"[...] det kändes som att det var lite bagatell att crp var så hög å att febern håller i sig å att barnen inte får någon mat i sig utan "ja ja, barn kan gå länge utan mat", ah men kanske inte i tio dagar utan föda..."

"Hon åt ingenting, hon drack ingenting... jag försökte berätta det men då sa de "näe men det är ingen fara, man ser ingenting... och allt ser jättebra ut" och jag ba' "hur kan allting se jättebra ut när hon är blek och gul och äter ingenting?" "

"... Han åt inte, han drack inte, han kissade inte, han var blek... men när vi träffade läkare så sa han att han tyckte att han såg i bra skick, att han skickade hem honom ändå"

Föräldrarna fick träffa läkare men blev ofta hemskickade utan åtgärd. Det beskrevs hur det flera gånger lett till gråt över att inte ha fått den hjälp på akutmottagningen som söks för. Även när de kom för samma anledning nästa dag blev de inte tagna på allvar

och fick åka hem. Först när barnen var riktigt dåliga eller när personalen själva såg de tecken på sjukdom som föräldrarna berättat om upplevde föräldrarna att personalen tog barnets symtom på allvar. Det uttrycktes frustration över att ha besökt akutmottagningen flera gånger och först senare blivit tagen på allvar. För att bli tagen på allvar så kände sig föräldrarna tvingade att pressa personalen och överdriva symtom för att de skulle bli intresserade och tänka att det kanske var någonting.

Trots att föräldrar kom med remiss från vårdcentral uttryckte vårdpersonalen på barnakutmottagningen inte alltid att det behövdes någon åtgärd. En förälder kände sig bagatelliserad i mötet för att barnet inte hade en akut åkomma och hur hon kände att hon nästan behövde ursäktas sig över att ha sökt akuten.

Föräldrar upplevde att sjuksköterskorna inte försökte sätta sig in i deras situation och att de bara tänkte på sin egen bekvämlighet. Sjuksköterskor sa att de inte kunde göra så mycket åt situationen och föräldrar upplevde att vårdpersonalen inte gjorde det de bad dem om. Det fanns även en känsla av att ingen brydde sig. Det framkom en tro att det var på grund av vårdpersonalens brist på ork som de fick gå hem utan undersökning. Ifall vårdpersonalen hade en dålig dag eller för mycket jobb så var risken större att familjerna blev hemskickade.

Föräldrar upplevde sig kränkta i några möten med vårdpersonalen, dels för att de inte hade ögonkontakt och dels för att de inte respekterade föräldrarnas integritet vid känsliga samtal. En förälder beskrev flera gånger hur hon kände sig bortglömd när de väntade, exempelvis för att vårdpersonalen inte kom och frågade hur det gick eller om hon behövde hjälp med något.

Föräldrar upplevde att den stressade situationen hos vårdpersonalen berodde på låg bemanning och att den stressfyllda situationen gav ett dåligt bemötande. Det beskrevs en förståelse för vårdpersonalens frustration då väntrummen fylldes på men att de ändå borde bevara lugnet för att ge ett bra bemötande. Det upplevdes att vårdpersonalens stress gav en känsla av att inte bli lyssnad på. En förälder kände hur hon nästan fick

ursäktas sig över att ha sökt akuten på grund av att tålamodet inte riktigt fanns hos sjuksköterskorna. Det upplevdes att vårdpersonalens stress gick ut över familjen.

”[...] om de har haft en dålig patient som skriker på de och så kommer de till dig... och du är vänlig... och försöker ta reda på vad som hände med ditt barn... åsså de allt... hur säger man... ehm... hela grejen på dig... typ hon är arg på dig, på grund av hon har haft problem innan med en patient. Du känner av det.”

Brist i kommunikation mellan föräldrar och vårdpersonal upplevdes som en barriär i mötet. En förälder beskrev hur hon vid återkommande besök med samma besvär fick träffa olika läkare som sa olika saker och under denna tid hann barnet bli sämre. Hon skickades även mellan olika läkare vid samma besök. Det upplevdes som att läkaren inte frågade föräldern vid sin anamnes. Det fanns en brist i kommunikationen vid ankomst till akutmottagningen, föräldrarna saknade information från vårdpersonalen om att de kunde gå hem och söka till vårdcentralen nästa dag istället för att sitta och vänta i flera timmar. Föräldrar beskrev att de fick vänta länge trots att de kom med remiss.

Orättvisa i mötet

Föräldrar upplevde flera orättvisor vid mötet med vårdpersonalen. De upplevde att andras barn var mindre sjuka men att de fick hjälp snabbare. En förälder beskrev en orättvisa mellan barn som besöker akutmottagningen ofta och de som inte är där lika ofta.

”... jag tror det handlar mycket om föräldrar som tar sina barn väldigt ofta... till sjukhuset. Dom väntar mer än barn som inte varit på sjukhuset lika ofta. De får snabbare hjälp, det har jag har också upplevt.”

Hon berättade vidare att hon nedprioriterades i väntekön och fick olika besked om väntetiden. Det beskrevs att vårdpersonalen meddelade att barnet fick vänta då det hade kommit in ett barn med mer akuta besvär. Väntan upplevdes ännu längre om föräldern bestämde sig för att stanna och vänta på läkare trots vårdpersonalens råd om att gå hem.

Föräldrar beskrev känslan av att bli ifrågasatt varför de sökte igen och känslan av att inte bli sedd och hörd vid det nya besöket. Det upplevdes som att vårdpersonalen tröttnade på föräldern för att hon besökte akuten ofta. Det kunde uppstå ett avvikande bemötande från vårdpersonalen på grund av att föräldrar blev igenkända.

OSÄKER VÅRD SKAPAR ORO

Under akutbesöken fanns det många gånger en oro hos föräldrarna för deras barn. Oron kunde bero på att föräldrarna upplevde barnets tillstånd som allvarligt, att inte veta hur besöket skulle bli och vilken hjälp som skulle fås. En oro kunde även infinna sig om vårdpersonalens omhändertagande ansågs otryggt. Den här kategorin abstraherades ur tre underkategorier; *att känna oro för sitt barn, ett otryggt omhändertagande och att inte veta vilken hjälp som kommer att fås.*

Att känna oro för sitt barn

Föräldrar upplevde oro för sitt barn när barnet uppvisade tecken på sjukdom, dessa kunde till exempel vara hög feber, tecken på uttorkning eller en allmänpåverkan. Föräldrar beskrev att oron över sitt barn gjorde att de inte tänkte på att andras barn kunde vara mer allvarligt sjuka eller att personalen hade andra patienter. Det uttrycktes förståelse för lång väntetid, oro för att barnet var sjukt gick före att de fick vänta länge.

”I somras fick vi vänta länge, eh men det var inte frustrerande eftersom vi var där av en anledning [...]”

Att barnet skulle bli smittat med någon annan sjukdom i väntrummen på akuten var en annan oro. Föräldrar försökte därför med alla medel att undvika de stora väntrummen. Föräldrar upplevde att de var mer nervösa än vad barnen var. Detta kunde beskrivas som att kroppen började kallsvettas vid ankomst till akuten. Föräldrar oroade sig mycket inför hur besöket skulle bli, hur det skulle gå, hur de skulle bli bemötta och om de skulle få träffa någon läkare. Oron över att barnets symtom var livshotande fanns också

närvarande i föräldrarnas tankar. En förälder ansåg att föräldrar till ett barn är mer oroliga än föräldrar till flera barn då de inte har lika mycket erfarenhet av barn. Föräldrar upplevde att det var först när de kom hem som de reflekterade över att de kanske hade varit onödigt ilskna i mötet med vårdpersonalen.

Ett otryggt omhändertagande

En förälder upplevde att vårdpersonal lämnade över hennes barn till vårdpersonal som inte visste lika mycket och detta kändes otryggt för henne. Föräldrar uttryckte både ilska och ett minskat förtroende för vårdpersonalen då de upplevde att fel hade begåtts flera gånger.

"[...] det var liksom gång på gång på gång där som det blev så fel å då kände jag ju att förtroendet fanns inte kvar."

Att inte veta vilken hjälp som kommer att fås

Föräldrarna uttryckte en oro över att inte veta vilken hjälp som kommer att fås, vissa gånger fick de den hjälp de behövde och andra gånger inte. När föräldrarna inte fick den hjälp de sökte upplevdes det som dåligt men inte något som gick att påverka.

FÖRVÄNTNINGAR PÅ VÅRDEN

Föräldrar till barn som definieras som mångbesökare hade många förväntningar på vården när de sökte barnakutmottagningen som inte alltid uppfylldes. Förväntningarna motsvarades inte när föräldrarna upplevde att barnet inte blev tillräckligt undersökt eller behandlat, de fick vänta länge och bli hemskickade utan någon åtgärd eller med egenvårdsråd. Egenvårdsråden upplevdes inte alltid hjälpsamma och föräldrarna önskade mer stöd från vårdpersonalen.

Den här kategorin abstraherades ur tre underkategorier; *att förväntningar inte uppfylls vid handläggning och råd, vänta länge utan att få förväntad hjälp* och *önskan av stöd från vårdpersonalen*.

Att förväntningar inte uppfylls vid handläggning och råd

En förälder beskrev att omhändertagandet vid ankomst med ambulans inte motsvarade hennes förväntningar då hon ändå fick vänta länge. Ibland upplevdes det som att personalen inte gjorde någon åtgärd för det föräldern hade sökt för. Föräldrar upplevde också att vårdpersonalen inte ville göra samma undersökningar som de själva ville. Det beskrevs att många besök på barnakutmottagningen hade kunna förhindrats om de fått hjälpmedel utskrivet tidigare från akuten.

”[...] men en sak jag kunde hänga upp mig på, det är att jag fått åka in flera gånger med min son innan jag fick en inhalator hem. För det skulle jag kunna... det blev jag besviken på efteråt. Det kunde... asså den här nebunetten man får, det är förebyggande också, hade jag fått den tidigare så hade jag kanske inte behövt åka in så många gånger till akuten”

Akutbesök kunde också ha förhindrats med tillräcklig information från personalen om väntetiderna. Föräldrar upplevde att personalen gav råd om egenvård i första hand, speciellt om febernedsättande och smärtstillande medicin. De upplevde att de egenvårdsråd de fick inte hjälpte och inte motsvarade deras förväntningar.

”[...] ”du får gå hem, ge henne Panodil eller Alvedon så går det över”, så går det inte över när man kommer hem... å så ska man in igen... till sjukhuset”

Att få träffa läkare innan hemgång upplevdes viktigt men det blev inte alltid så. Men även när de fick träffa läkaren upplevde föräldern att läkaren inte sa så mycket och det läkaren sa på akutmottagningen kunde likaväl vårdcentralsläkaren också ha sagt.

Vänta länge utan att få förväntad hjälp

Att vänta länge utan att få förväntad hjälp beskrevs som frustrerande för föräldrarna. Föräldrar upplevde att det var orimliga väntetider, en förälder beskrev att det var väntetiderna som gjorde att hon inte ville åka till sjukhuset. Det beskrevs även att de ibland fick åka hem utan åtgärd och fick råd att söka barnakutmottagningen igen.

”[...] men mer än så blev det inte utan gå hem och kom tillbaka praktiskt taget å då hade vi suttit där en halv natt redan”

Föräldrar beskrev vidare en lång väntan innan någon vårdpersonal bedömde att de kunde åka hem och söka vårdcentral nästa dag.

Önskan av stöd från vårdpersonalen

Föräldrar uttryckte en önskan att vårdpersonalen skulle hjälpa till och stötta dem mer när de satt och väntade. De ville gärna bli tillfrågade om hur det gick och känna att vårdpersonalen fanns där för dem.

”Det är ingen som kommer och frågar ”hur går det?”, för jag tror det är vad föräldrarna vill... liksom att någon av sjuksköterskorna eller undersköterskorna kommer ”behöver du hjälp med något?”, för oftast är det ju bara en av föräldrarna som följer med sitt barn och eh... och det, liksom då tänker man liksom mitt barn är... otröstligt, och jag måste gå på toaletten, jag kan inte göra någonting.”

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna har valt en kvalitativ metod för att ta reda på föräldrars upplevelser. Inom kvalitativ forskning är det viktigt att kunna visa resultatets trovärdighet (Graneheim & Lundman, 2003). Detta kan beskrivas genom begreppen giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet. Giltighet beskriver hur väl studien motsvarar syftet. Tillförlitlighet talar för i vilken grad data förändras över tid och förändringar som forskare gör under analysprocessen. En noggrann analys ger ett tillförlitligt resultat. Överförbarhet innebär i vilken grad det går att överföra resultatet till andra situationer och grupper (Graneheim & Lundman, 2003). För att kunna applicera resultatet och överföra resultatet till liknande situationer krävs ett representativt urval (Polit & Beck, 2008). För att uppnå överförbarhet krävs en tydlig beskrivning av sammanhang, urval, deltagare, datainsamling och analysprocess. Trovärdigheten ökar om resultatet presenteras på ett sätt som låter läsaren göra en egen tolkning (Graneheim & Lundman, 2004).

I pilotstudien genomfördes rekryteringen av deltagare endast på en barnakutmottagning. Informanterna var av samma kön och ungefär samma ålder. Barnen till föräldrarna var alla under 5 år. Bortsett från enstaka skador eller trauman stämde barnens sökorsaker överens med tidigare forskning eftersom många besök handlade om respiratoriska eller infektiösa tillstånd. Detta gör att resultatet inte kan överföras till annat än kvinnor i 20-30 års ålder med barn under 5 år som har respiratoriska eller infektiösa sökorsaker. Resultatet är inte heller överförbart på andra barnakutmottagningar.

I den storskaliga studien hade det varit mer intressant att få ett varierat urval av kvinnor och män samt av ålder på informanter och barn. Rekryteringen av informanter till pilotstudien fungerade bra, vi fann 8 informanter under två dygn vilket räckte till att genomföra pilotstudien. Rekrytering av deltagarna till den storskaliga studien kommer

däremot utföras under en längre period än 2 dagar både för att få fler informanter som matchar kriterierna men även på grund av risken för bortfall.

I pilotstudien fick vårdpersonalen ta över utdelningen av frågeformulären till alla besökare på kvällstid men det verkade som att vårdpersonalen inte hade tid eller var tillräckligt informerade om förfarandet eftersom det missades att dela ut till alla besökare. Detta fördröjde insamlingen och det finns en risk att författarna missat någon deltagare. Vårdpersonal tog del av FPI och de som jobbade de dagarna fick även muntlig information av vårdenhetschef samma dag. I den storskaliga studien behövs mer information till vårdpersonalen kring utdelningen av frågeformuläret.

När informanterna tydligt nämnde en yrkeskategori presenterades detta i resultatet men när författarna kände sig osäkra på vilken yrkeskategori informanterna menade presenterades det istället som "vårdpersonal". Författarna har valt att definiera vårdpersonal som läkare, sjuksköterska och barnsköterska/undersköterska. Vårdpersonal benämns även när informanterna tagit upp flera yrkeskategorier samtidigt. Termen "vårdpersonal" gör att det blir svårare att urskilja en specifik yrkesgrupp och veta vilken yrkesgrupp som eventuella interventioner ska riktas till.

Informanterna kontaktades några dagar efter rekryteringen och tidpunkten för intervjun låg inte i anslutning till akutbesöket för att föräldrarna skulle kunna fokusera på intervjun och inte vara oroliga för sitt sjuka barn. Detta upplevdes positivt, även om intervjuerna kunde väcka känslor från tiden föräldrarna besökt barnakuten upplevdes föräldrarna ha bra fokus på att berätta om sina upplevelser. I den storskaliga studien kommer intervjun fortfarande inte vara i direkt anslutning till besöket men det får heller inte gå för lång tid så att föräldern har senaste besöket färskt i minnet.

Författarna valde även att intervjua enskilt för att de hade den uppfattningen att informanterna skulle känna sig mer bekväma i intervjusituationen och därmed ge mer uttömmande svar. Intervjuerna i pilotstudien var rika på information trots att författarna inte genomfört intervjuer tidigare och ingen förälder verkade obekväma i

intervjusituationen. Därför anser vi att enskilda intervjuer fungerade bra. Intervjuerna inleddes med en öppen fråga som motsvarade syftet, svaren blev inte alltid så utförliga. Mer direkta frågor ställdes men det ska undvikas i den storskaliga studien. Författarna har ingen intervjuvana sedan tidigare, med mer erfarenhet så hade beskrivningarna förmodligen blivit bättre.

Författarna har försökt att hålla sig så textnära som möjligt och inte tolka resultatet för mycket i analysprocessen. Alla intervjuer lästes igenom tillsammans men kodades enskilt. Kodningarna jämfördes med varandra och analysarbetet gjordes tillsammans för att öka tillförlitligheten av resultatet. Ljudinspelningen på mobilerna hade en god ljudupptagning vilket säkerställde att informanternas svar hördes bra vid transkribering.

RESULTATDISKUSSION

Vårdpersonalens bemötande

Informanterna i pilotstudien upplevde att de kunde få olika bemötande från vårdpersonalen från gång till gång. Ibland upplevdes mötet som bra och de blev trygga i situationen, andra gånger upplevdes mötet som dåligt på det sätt att de inte blev lyssnade på och kände sig kränkta i mötet. Det kan skapas en ovisshet hos föräldrar att inte veta hur bemötandet kommer bli när de besöker barnakutmottagningen.

Vårdpersonalen upplevdes ibland lindra den oro föräldrarna kände under besöket.

Vårdpersonalen försökte lugna både barnet och föräldrarna och förklarade stegvis vad som skulle ske under undersökning och behandling. Vårdpersonalen kontrollerade ofta barnets tillstånd vilket upplevdes som en trygghet. Enligt Arman (2012) är viljan att ge omsorg vid synen av lidande mycket mer naturligt än att avstå. Att se lidande hos en annan föder ett medlidande, det är alltså en naturlig reaktion av omsorg från den som står bredvid (Arman, 2012).

Ifall föräldrarna kunde känna att vårdpersonalen var professionell och kunnig var de nöjda med bemötandet. Upplevelsen uppstod genom att vårdpersonalen tog barnets tecken på sjukdom på allvar och var noggranna när de undersökte barnet. I en studie av

Byczowski et al. (2013) är vårdpersonalens kompetens och kvalitén på vården en mycket viktig faktor för föräldrars skattning av god vård på akutmottagningen. Andra faktorer för god vård var vårdpersonalens bemötande, det vill säga att de var trevliga, visade respekt och omsorg (Byczowski et al., 2013). Bemötande och respekt nämndes även som viktiga för föräldrarna i pilotstudien.

Föräldrarna i pilotstudien var tacksamma för vårdpersonalens goda bemötande till dem själva och barnet. Vårdpersonalen upplevdes göra allt för att göra barnet och föräldrarna lugna vid provtagningar och undersökningar. Föräldrarna fick bra information kring procedurerna som barnet skulle genomgå och de upplevde att det var betydelsefullt att få veta vad som skulle hända under besöket. De kände sig sedda när vårdpersonalen uppmärksammade dem och frågade om det var något som de behövde. Byczowski et al. (2013) påvisar även att föräldrars nöjdhet med vården hör ihop med hur bra vårdpersonalen uppmärksammar andra behov än bara de medicinska.

Ett dåligt bemötande uppkom när vårdpersonalen inte tog föräldrarna på allvar och de kände sig åsidosatta. Sökorsaken blev ofta bagatelliserad och de blev många gånger ifrågasatta varför de hade sökt igen. Specialistsjuksköterskan behöver därför ta sig tid och lyssna på hela berättelsen när föräldrarna söker med sitt barn så att föräldrarna känner att någon tar deras oro på allvar. Föräldrar gjorde i flera fall korrekt bedömning av barnets sjukdomstillstånd, de märkte att barnet inte var sig likt och sökte vård. I likhet med resultatet i pilotstudien påpekar Winskill, Keatinge och Hancock (2012) hur viktigt det är att lyssna på föräldrars berättelser och uppfattningar kring barnets tillstånd eftersom det många gånger överensstämmer med de medicinska fynden.

I pilotstudien kände sig föräldrarna ofta kränkta i mötet med vårdpersonal och upplevde sig åsidosatta och bortglömda. Bentley (2005) tar upp att när vårdpersonalen inte var synliga upplevde föräldrarna en ökad oro att barnet hade blivit bortglömt. Att kränka en människa kan ske genom att inte ”se” människan eller ge henne plats (Eriksson, 1994). Specialistsjuksköterskan behöver visa mer tydligt att föräldrarna inte är bortglömda och ställa frågor om hur det går medan de väntar.

Föräldrarna upplevde att stress hos vårdpersonalen märktes i deras bemötande och att det fanns brister i tålamodet. Det är viktigt att specialistsjuksköterskan inte låter stress påverka bemötandet av familjen negativt. Bentley (2005) tar också upp exempel på dåligt bemötande när vårdpersonalen talade över huvudet på föräldern, föräldern kände sig då osynlig och kränkt i mötet. En känsla av orättvisa framkom också i pilotstudien, föräldrarna kände att de blev behandlade annorlunda än andra familjer som inte sökt lika ofta. Specialistsjuksköterskan måste se till att bemöta alla familjer lika, oavsett om barnen är mångbesökare eller inte.

Många situationer inom vården åstadkommer lidande för närstående och i egentlig mening är de också patienter och i behov av vård och hjälp (Eriksson, 1994). Enligt Katie Eriksson (1994) är maktutövning ett sätt att åstadkomma ett vårdlidande. Att inte ta den andre, i detta fall föräldrarna och barnet, på allvar är ett sätt att utöva makt. Förutom maktutövning är fördömelse och kränkning av människans värdighet också en del av vårdlidande. Vårdpersonalens uppgift är att se till att förhindra alla former av kränkning av patienten. När människor upplever sig dåligt bemötta av vårdpersonal i svåra situationer skapar det ett ökat lidande hos dem (Arman, 2012).

Att inte bli tillfrågad och en brist i kommunikationen var något föräldrarna tog upp vid flera tillfällen. Föräldrar fick otydlig information när de träffade olika läkare och blev skickade mellan olika läkare. Föräldrarna saknade information från vårdpersonalen om att de kunde gå hem och söka till vårdcentralen nästa dag istället för att sitta och vänta i flera timmar. Specialistsjuksköterskan kan med tanke på detta vara mer tydlig i sin information om de kan söka vård på en annan vårdnivå. Föräldrar anser att få konsekvent och detaljerad information är nödvändigt för att känna sig nöjd över akutbesöket (Byczkowski et al., 2013). De förväntar sig även att få information om barnets sjukdom och lämplig behandling när de söker akutmottagningen (Enarson et al., 2012).

Osäker vård skapar oro

Informanterna i pilotstudien upplevde både en oro inför besöket som under besöket. Som förälder kan förseningar i omhändertagandet på akutmottagningen vara svåra att acceptera eftersom föräldrarna själva bedömt att sökorsaken är akut (Bentley, 2005). I pilotstudien nämnde föräldrar att deras oro upplevdes större än barnets oro. I en studie av Bentley (2005) beskriver också vårdpersonalen att föräldrar många gånger är mer uppskakade av händelsen än barnet. Föräldrar i den här pilotstudien beskrev även oro över barnets symtom, bland annat hög feber. Det framkom också en upplevelse att föräldrar till ett barn är mer oroliga än föräldrar till flera barn. Enarson et al. (2012) beskriver också föräldrars oro över snabbt stigande feber och de såg att föräldrar med flera barn ringde sjuksköterskor och läkare för frågor om feber mindre sällan än andra föräldrar.

Specialistsjuksköterskan kan använda dessa fynd till att förstå föräldrars oro under akutbesöket på ett bättre sätt. Hon/han bör bemöta föräldrars oro genom att förklara eventuella förseningar och ge lugnande besked om barnets symtom i den mån det går. Specialistsjuksköterskan bör även vara uppmärksam på att föräldrar till ett barn kan känna sig oroligare än föräldrar till flera barn och kan tänkas behöva mer stöd.

En del av föräldrarnas oro uppkom genom att vårdpersonalen gav ett otryggt omhändertagande. Det begicks ibland misstag som gjorde att tilliten till vårdpersonalen försvann och då de blev överlämnade till annan vårdpersonal än den som först tog emot dem kände de ibland ökad oro. Specialistsjuksköterskan kan därför se till att överrapporteringen blir så bra som möjligt så att föräldern känner trygghet oavsett vilken vårdpersonal som tar hand om dem.

Förväntningar på vården

Informanterna och vårdpersonalen på akutmottagningen hade olika syn på omhändertagandet och det krockade ibland. Föräldrarna kunde sitta och vänta länge men sedan bli hemskickade utan åtgärd, många gånger upplevdes det frustrerande. I en studie av Bentley (2005) beskrivs att om orsaken till den långa väntan inte förklarades

blev föräldrarna negativt inställda till att vänta och föräldrarna upplevde även att lång väntan kunde förlänga barnets lidande (Bentley, 2005). Väntetiden ansågs vara orimligt lång och det finns en stark koppling mellan föräldrars nöjdhet och lång väntetid (Waseem, Ravi, Radeos & Ganti, 2003). Waseem et al. (2003) har sett att föräldrars tenderar att överskatta väntetiden och det är därför viktigt att specialistsjuksköterskan tänker på att föräldrars upplevda väntan är längre än vad den är och att ge tydlig information kring väntetider för att minska föräldrars frustration.

Föräldrar i pilotstudien fick inte alltid träffa läkare trots att det var vad de förväntade sig, och de som kom med remiss blev inte alltid behandlade. Bentley (2005) beskriver hur en remiss kändes som att det berättigade föräldrarnas akutbesök men ökade också deras förväntningar på behandlingen. Det är därför inte förvånande att föräldrarna i pilotstudien upplevde att förväntningarna inte uppfylldes. Katie Eriksson (1994) tar upp att utebliven vård alltid innebär en kränkning av människans värdighet och är även ett sätt att utöva makt över en maktlös.

Föräldrarna i pilotstudien fick många gånger i första hand egenvårdsråd av sjuksköterskor men de upplevde ibland att det råd de gavs inte motsvarade deras förväntningar. I en studie av Enarson et al. (2012) framkommer att egenvårdsråd inte är det första föräldrarna förväntar sig vid besöket utan det är först att få information om symptomets orsak. Specialistsjuksköterskan bör vara medveten om att egenvårdsråden inte alltid räcker till och vara ödmjuk inför att det kan behövas fler insatser. På så sätt kan föräldrarna känna sig mer trygga i situationen.

Föräldrar som kom ensamma hade en önskan att vårdpersonalen skulle stötta dem mer med praktiska saker under besöket. Specialistsjuksköterskan kan vara medveten om dessa föräldrars behov och underlätta för dem genom att se till att de erbjuds stöttning. I en studie av O'Malley, Brown och Krug (2008) nämns hur många svårigheter det finns i att ge familjecentrerad vård på en akutmottagning, både i och med det akuta som besöket gäller och eftersom de inte har någon tidigare relation med varandra. Dahlberg

et al. (2003) menar att ansvaret för vårdrelationen alltid ligger hos vårdaren och det är därför också vårdaren ansvar att vårdrelationen blir positiv.

Familjecentrerad vård bygger på ett samarbete mellan barn, familj och personal (O'Malley et al., 2008). De ska sträva mot samma mål och det ska finnas respekt till det varje part kan tillföra. Vårdpersonal behöver uppmärksamma att de tillsammans med familjen har ett delat beslutfattande. För att familjen ska känna sig bekväma med planen för vården behöver vårdpersonalen dels bekräfta familjens oro och dels ge information om potentiell risk/nytta (O'Malley et al., 2008).

SLUTSATS

Denna studie belyste att föräldrar till mångbesökare kopplade sina upplevelser av akutmottagningsbesöket främst till vårdpersonalens bemötande och att det fanns flera brister i detta bemötande. Andra framträdande upplevelser i studien var föräldrars oro innan och under besöket samt att deras förväntningar på vården inte uppfylldes.

Betydelsen av ett gott bemötande oavsett antal besök eller besöksorsak kan inte nog understrykas. Även om sökorsaken inte bedöms vara akut så behöver specialistsjuksköterskan ta föräldrars oro på allvar och försöka lindra den.

I den storskaliga studien hoppas författarna fånga upp fler varianter i föräldrars upplevelser som kan bidra till ökad förståelse till hur de upplever akutmottagningsbesöket.

Fördelning av arbetet

Arbetsfördelningen har varit jämn mellan författarna. De två egna intervjuerna och kodningen av dessa genomfördes enskilt, övrigt arbete har författarna gjort tillsammans.

REFERENSER

- Arman, M. (2012). Lidande. I L. Wiklund Gustin & I. Bergbom (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. (s.187-197). Lund: Studentlitteratur.
- Arman, M. & Rehnsfeldt, A. (2006). *Vårdande som lindrar lidande: etik i vårdandet*. Stockholm: Liber.
- Bentley, J. (2005). Parents in accident and emergency: Roles and concerns. *Accident and Emergency Nursing*, 13, 154-159.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B-I. (2012). *Att möta familjer inom vård och omsorg*. Lund: Studentlitteratur.
- Byczkowski, T.L., Fitzgerald, M., Kennebeck, S., Vaughn, L., Myers, K., Kachelmeyer, A., & Timm, N. (2013). A comprehensive view of parental satisfaction with pediatric emergency department visits. *Annals of Emergency Medicine*, 62(4), 340-350.
- Chan, B.T.B., & Ovens, H.J. (2002). Frequent users of emergency departments. Do they also use family physicians' services? *Canadian Family Physician*, 48, 1654-1660.
- Dahlberg, K., Segersten, K., Nyström, M., Suserud, B-O., & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Enarson, M.C., Ali, S., Vandermeer, B., Wright, R.B., Klassen, T.P., & Spiers, J.A. (2012). Beliefs and expectations of Canadian parents who bring febrile children for medical care. *Pediatrics*, 130(4), 905-912.
- Eriksson, K. (1994). *Den lidande människan*. Stockholm: Liber AB.
- Gibson, P. N., Jelinek, A. G., Jiwa, M., & Lynch, A-M. (2010). Paediatric frequent attenders at emergency departments: A linked-data population study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 723-728.

Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, E. (2008). "Då patienten lider av vården" - vårdarens gestaltning av patientens vårdlidande. *Vård i Norden*. 28(2), 4-8.

Klein, M., Vaughn, M.L., & Baker, C. R. (2011). Welcome back? Frequent attenders to a pediatric primary care center. *Journal of Child Health Care*. 15(3), 175-186.

Kroner, E.L., Hoffmann, R.G., & Brousseau, D.C. (2010). Emergency department reliance: A discriminatory measure of frequent emergency department users. *Pediatrics*, 125(1), 133-138.

Locker, T.E, Baston, S., Mason, S.M., & Nicholl, J. (2007). Defining frequent use of an urban emergency department. *Emergency Medicine Journal*, 24, 398-401.

Markham, D., & Graudins, A. (2013). Characteristics of paediatric frequent presenters to an Australian emergency medicine network. *Journal of Paediatric and Child Health*. 49, 950-954.

Michelen, W., Martinez, J., Lee, A., & Wheeler, D.P. (2006). Reducing frequent flyer emergency department visits. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 17(1), 59-69.

Nordisk förening för sjuka barns behov [NOBAB]. (2003). *Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård*. Hämtad 2014-03-15, från <http://www.nobab.se/images/nobabprodukter/nynobabstandards.pdf>

O'Malley, P.J., Brown, K., & Krug, S.E. (2008). Patient- and family-centered care of children in the emergency department. *Pediatrics*, 122(2), 511-521.

Piaget, J. (2008). *Barnets själsliga utveckling*. (2. uppl.) Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (8. ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.

Regeringskansliet. (2006). *Mänskliga rättigheter - Konventionen om barns rättigheter*. Hämtad 2014-05-27, från <http://www.regeringen.se/content/1/c6/04/09/98/b8de24c7.pdf>

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

Simon, H.K., Hirsh, D., Rogers, A.J., Massey, R., & DeGuzman, M.A. (2007). Pediatric emergency department overcrowding: Electronic medical record for identification of frequent, lower acuity visitors. Can we effectively identify patients for enhanced resource utilization? *Journal of Emergency Medicine*. 36(3), 311-316.

Stockholms Läns Landsting [SLL]. (2006). *Fokusrapport. Akutmottagningens mångbesökare - hur kan vården förbättras?* Stockholm: Forum för kunskap och gemensam utveckling.

Sutton, D., Stanley, P., Babi, E. F., & Philips, F. (2007). Preventing or accelerating emergency care for children with complex healthcare needs. *Archives of Disease in Childhood*, 93, 17-22.

Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot hälso- och sjukvård för barn- och ungdomar*. Stockholm: Åtta45.

Söderbäck, M., Coyne, I., & Harder, M. (2011). The importance of including both a child perspective and the child's perspective within health care settings to provide truly child-centered care. *Journal of Child Health Care*. 15(2), 99–106.

Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. (4., [omarb.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Waseem, M., Ravi, L., Radeos, M., & Ganti, S. (2003). Parental perception of waiting time and its influence on parental satisfaction in an urban pediatric emergency

department: Are parents accurate in determining waiting time? *Southern Medical Journal*, 96(9), 880-883.

Wise G. (1994). The Changing Family. I B. Lindsay (ed.), *The child and family – contemporary nursing issues in child health and care*. London: Baillière Tindall.

Zuckerman, S., & Shen, Y. (2004). Characteristics of occasional and frequent emergency department users. Do insurance coverage and access to care matter? *Medical Care*, 42, 176–182.

BILAGA 1

Frågeformulär angående deltagande i studie

Mångbesök på barnakutmottagningen

1. Har du/ni besökt barnakutmottagningen med ditt barn fler än 4 gånger de senaste 12 månaderna?

☐
☐

JA
NEJ

2. Om du svarade JA på fråga 1: Skulle du kunna tänka dig att delta i en intervjustudie om ditt senaste besök på barnakutmottagningen?

☐
☐

JA
NEJ

Om du kan tänka dig att delta, vänligen fyll i nedanstående uppgifter

3. Har ditt barn någon sjukdom?

☐
☐

JA
NEJ

Om JA vilken?

4. Barnets ålder.....

5. Antal syskon.....

6. Din ålder.....

7. Ditt yrke/utbildning.....

.....

Vi vore tacksamma om du tog dig tid att svara på detta formulär. Skulle du uppfylla våra kriterier för deltagande och godkänner att du kan bli kontaktad lämna namn och telefonnummer nedan så ringer vi dig inom en vecka.

Namn.....

Telefonnummer.....

Mer information

Barnsjuksköterskestudent
Ronja Fjellner
gusfjero@student.gu.se

Barnsjuksköterskestudent:
Viktoria Olender
gusolevi@student.gu.se

BILAGA 2



GÖTEBORGS UNIVERSITET SAHLGRENSKA AKADEMIN FORSKNINGSPERSONSINFORMATION

Bakgrund

Vi är två studenter vid Göteborgs universitet som utbildar oss till specialistsjuksköterskor inom hälso- och sjukvård för barn och ungdomar. Mångbesökare är de barn som besöker en vårdinrättning fyra eller fler gånger under 12 månader. Känt är vilka mångbesökarna är och varför de söker vård men vad som inte är undersökt är huruvida föräldrar som besöker akutmottagningar med sina barn fler än fyra gånger per år upplever vården som ges. Denna kunskap kan ge personal information om hur de ska förhålla sig och ge en bättre vård till denna grupp. Därför är vi intresserade av att fördjupa oss inom detta område och genomföra denna pilotstudie.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka hur föräldrar till mångbesökare upplever vården på barnakutmottagningen.

Förfrågan om deltagande

Du tillfrågas om du vill delta i denna studie eftersom du fyllt i en blankett som handlar om ditt tidigare akutbesök på Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus. Du uppfyller kriterierna för vår studie.

Hur går studien till?

Om du väljer att delta i studien kommer författarna att göra en enskild intervju med dig som beräknas ta mellan 30-45 min. Plats och tid för intervjun väljer du själv. Intervjun kommer att spelas in på band och därefter skrivs ned och analyseras. Resultatet kommer att presenteras i form av ett examensarbete på avancerad nivå, vid Göteborgs Universitet.

Finns det några risker med att delta?

Vår ambition är att du inte skall uppleva något obehag av att delta i studien. En möjlig risk med att delta är att vi kommer in på områden som du upplever känsliga. Du väljer själv vad du vill ta upp och prata om under intervjun. Det kommer inte att gå att urskilja vad just du har sagt under intervjun när resultatet presenteras.

Finns det några fördelar med att delta?

Studien kan bidra till att uppmärksamma behov och förväntningar hos mångbesökare som leder till att det akuta omhändertaget blir bättre.

Hantering av data och sekretess

Den inspelade intervjun skrivs ut och förvaras tillsammans med ljudinspelningen så att ingen obehörig får tillgång till materialet. Vid databearbetning kommer en kod användas så att en enskild individ inte kan urskiljas. Endast de som är ansvariga för studien har tillgång till ”kodnyckeln”. När studien är avslutad förstörs insamlat material.

Hur får jag information om studiens resultat?

Om du önskar ta del av studiens resultat kan du kontakta nedanstående personer.

Frivillighet

Det är helt frivilligt att delta i studien och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet, utan att förklara varför. Eventuell påbörjad intervju kommer i så fall att raderas.

Ansvariga för studien

Spec.ssk. Student

Ronja Fjellner

Tel. 0730-702550

Mailadress

gusfjero@student.gu.se

Spec. ssk Student

Viktoria Olender

Tel. 0702-604898

Mailadress

gusolevi@student.gu.se

Handledare

Stefan Nilsson

Tel . 031-786 60 36

Mailadress

stefan.nilsson.4@gu.se

Jag har tagit del av ovanstående information och samtycker till att delta i studien:

Ort och datum

Namnunderskrift

Namnförtydligande

BILAGA 3

Intervjuguide

Inledningsfråga:

Berätta för mig hur du upplevt ditt barns besök på barnakutmottagningen

Frågor:

Vad förväntade du dig när du kom till barnakutmottagningen?

Kände du att du och ditt barn fick den hjälp ni behövde?

Var det något du saknade?

Berätta hur du blev bemött av vårdpersonalen

Hur upplevde du ditt barns senaste akutbesök på barnakutmottagningen?

Följdfrågor:

Berätta mer...

Kan du förklara mer?

Hur menar du då?

Avslutningsfråga:

Är det något mer du vill säga innan vi avslutar intervjun?